



PATIENT LABEL

Fecha: _____

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Form with fields: Primer Nombre, Apellido, Fecha de nacimiento, Sexo, Teléfono, DIRECCIÓN, Condado, Ciudad, Estado, Código Postal, Estado civil, Idioma, Raza, Etnicidad, Cumple usted con los lineamientos de ingresos de Grace Clinic?, Tiene usted seguro?, ¿Quieres orar con nuestro equipo de oración durante tu visita?, Preferencia religiosa?

INFORMACIÓN DEL TUTOR - Si el paciente es menor de 18 años, complete la siguiente información
Nombre del padre o tutor, Fecha de nacimiento, Relación, Madre/Padre, Guardián

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo, _____, por la presente doy permiso a Grace Clinic of Ohio para divulgar registros médicos y/o brindar información verbal sobre mi salud a todos y cada uno de los proveedores de atención médica de quienes pueda solicitar atención o tratamiento adicional que surja de y esté razonablemente relacionado con los servicios proporcionados por Grace Clinics of Ohio.

REVISIÓN DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

_____ He leído y comprendo los derechos y responsabilidades del paciente publicados en Grace Clinics of Ohio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas o solicitar explicaciones a un voluntario o miembro del personal.



HISTORIA CLÍNICA PASADA

_____ NO A TODO (NO TO ALL)

- | | |
|------------------------------------|---|
| _____ ADDP/TDAH | _____ DOLORES DE CABEZA |
| _____ SIDA / VIH | _____ PROBLEMAS CARDÍACOS |
| _____ REFLUJO ÁCIDO | _____ HEPATITIS |
| _____ ANEMIA | _____ HERNIA |
| _____ TRASTORNO DE ANSIEDAD | _____ COLESTEROL ALTO |
| _____ ASMA | _____ HIPERTENSIÓN |
| _____ AUTISMO | _____ HIPERTIROIDISMO |
| _____ ENFERMEDAD AUTOINMUNE | _____ HIPOTIROIDISMO |
| _____ PROBLEMAS DE VEJIGA O RIÑÓN | _____ ENFERMEDAD HEPÁTICA |
| _____ TRASTORNO DE LA SANGRE | _____ ENFERMEDAD PULMONAR |
| _____ CÁNCER | _____ ENFERMEDAD MENTAL |
| _____ DEPRESIÓN | _____ ESCLEROSIS MÚLTIPLE |
| _____ DIABETES | _____ PROBLEMA MUSCULAR, ARTICULAR U ÓSEO |
| _____ DIVERTICULOSIS | _____ NEUROLÓGICO |
| _____ PROBLEMAS DE OÍDO O AUDICIÓN | _____ ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA |
| _____ ECZEMA | _____ CONVULSIONES / EPILEPSIA |
| _____ FIBROMIALGIA | _____ APNEA DEL SUEÑO |
| _____ PROBLEMAS GASTROINTESTINALES | _____ ACCIDENTE CEREBROVASCULAR |
| _____ GOTA | _____ OTRO |
| _____ CONMOCIÓN CEREBRAL | _____ OTRO |